



Lier kommune

REGNING FOR OMSORGLØNN

Navn: _____

Ansattnr.: _____

Adresse: _____

Dato: _____	Utvalg: _____	Antall timer: _____	à kr: _____	=kr: _____
Dato: _____	Utvalg: _____	Antall timer: _____	à kr: _____	=kr: _____
Dato: _____	Utvalg: _____	Antall timer: _____	à kr: _____	=kr: _____
Dato: _____	Utvalg: _____	Antall timer: _____	à kr: _____	=kr: _____
Dato: _____	Utvalg: _____	Antall timer: _____	à kr: _____	=kr: _____
Dato: _____	Utvalg: _____	Antall timer: _____	à kr: _____	=kr: _____

Sum: kr: _____

politikers underskrift

omsorgsavløserens underskrift